

ASL RMA	Direzione Sanitaria Aziendale	Revisione n. 0 Revisione programmata: 30 Luglio 2008	Codice Documento 0108 Pagina 1 di 16
----------------	--------------------------------------	---	---

PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA TROMBOEMBOLIA VENOSA POST-CHIRURGICA

Cod. Doc. 1/2008

Data redazione	Elaborazione	Verifica	Approvazione
14-01-2008	Dott. M. Cappelloni Dott. E. Saraco Dott.a R. Bondi Dott. G. Casadonte Dott. G. Izzo Dott. C. Carratù Dott.a C. Bianchini		
Revisione n.1 dopo 6 mesi		P.O. San Giacomo Direttore Sanitario Direttore Dip. Chirurgia Direttore UO Chirurgia 1 Direttore UO Chirurgia 2 Direttore UO Ortopedia Direttore UO Urologia Direttore UO Anestesia Direttore UO Farmacia U.O. Responsabile SAI Caposala UUOOChirurgia Caposala UO Ortopedia U Caposala UO Ortopedia D Caposala UO Urologia P.O. G. Eastman Direttore Sanitario Direttore UO Chirurgia Maxillo facciale Direttore UO Farmacia Direttore UO Anestesia Responsabile SAI Caposala UO Chirurgia Maxillo facciale P.O. Nuovo Regina Margherita Direttore Sanitario Resp. UO Day Surgery P.O. Sant'Anna Direttore Sanitario Resp. UO Day Surgery	Coordinatore Gruppo Gestione rischio clinico Dott. P. Di Gruttola Responsabile SAI Aziendale Dott.a S. Stocchi Direttore Sanitario Aziendale Dott. S. Pompili

INDICE

1. Ambito	pag. 2
2. Scopo e campo di applicazione	pag. 2
3. Procedura per la prevenzione della tromboembolia venosa post chirurgica (TEV)	pag. 3
4. Matrice delle responsabilità	pag. 4
5. Verifica	pag.6
6. Diagramma di flusso	pag.7
7. Allegati :	pag. 8
A) Check list	pag.9
B) Chirurgia ortopedica	pag.11
C) Chirurgia Generale	pag.12
D) Chirurgia vascolare	pag.13
E) Chirurgia urologica	pag.14
F) Chirurgia ginecologica	

1. Ambito

Nell'ambito dell'attuazione della deliberazione della Giunta Regionale 26 Giugno 2007, n.456 "Adozione Linee Guida per la profilassi della tromboembolia venosa (TEV) post chirurgica" e dell'attività di Gestione del Rischio Clinico è stata individuata come di particolare rilevanza l'attività di contenimento dell'insorgenza di TEV in ambito chirurgico. La prevenzione della TEV è particolarmente importante in quanto gli studi epidemiologici dimostrano un'elevata prevalenza della stessa nei pazienti ospedalizzati, la sua diagnosi almeno inizialmente è difficoltosa a causa della scarsità o addirittura assenza dei sintomi e le conseguenze sono potenzialmente fatali. In particolare, in ambito ortopedico, è stata evidenziata un'elevata frequenza di TEV durante gli interventi di artroprotesi.

Per quanto detto sopra si è ritenuto opportuno definire delle procedure per diminuire il rischio di tali incidenti. L'**applicazione delle stesse va valutata caso per caso** e la trasferibilità nella pratica clinica ed al paziente specifico deve essere accuratamente considerata dall'operatore sanitario che presta assistenza.

Il presente documento è la prima procedura.

2. Scopo e campo di applicazione

Scopo: riduzione del rischio di complicanze tromboemboliche corso da pazienti ricoverati presso l'Area Chirurgica dei PPOO della ASL Roma A attraverso l'adozione di una procedura specifica.

Campo di applicazione: la presente procedura si applica a tutti i pazienti che accedono alla Area chirurgica, qualunque sia la UO di degenza, che verranno sottoposti ad intervento chirurgico. Non include la diagnosi ed il trattamento degli eventi tromboembolici originati da altre cause (ad esempio, dai lunghi viaggi o da problemi di tipo medico).

3. Procedura per la prevenzione della tromboembolia venosa post chirurgica

Per tutti i necessari approfondimenti e chiarimenti si rimanda alla deliberazione della Giunta Regionale del Lazio 26 Giugno 2007, n.456 "Adozione Linee Guida per la profilassi della tromboembolia venosa (TEV) post chirurgica"

3.a Profilassi routinaria

Data la tipologia degli interventi, va comunque prevista la tromboprofilassi routinaria, secondo le raccomandazioni riportate in allegato, in pazienti sottoposti a:

- sostituzione totale dell'anca
- artroprotesi di ginocchio in elezione
- intervento per la frattura dell'anca
- interventi di chirurgia ginecologica maggiore
- interventi di chirurgia urologica maggiore aperta

3.b Valutazione individuale del livello di rischio di TEV

Debbono essere valutati individualmente, utilizzando anche la check list allegata (all. "A"), tutti i pazienti

- con trauma maggiore (ad esempio fratture che causino immobilità)
- che verranno sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore (durata superiore ai 30 minuti, ecc.)
- con probabilità di rimanere immobilizzati a letto per 3 giorni o più

La valutazione individuale del rischio dovrebbe essere fatta tenendo conto di:

- fattori individuali di rischio per TEV
- eventuale pregressa TEV (l'ospedalizzazione aumenta il rischio di TEV ricorrente)
- tipologia di trauma, di chirurgia (e di anestesia) o di malattia

3.b.1 Fattori di rischio

La valutazione del livello di rischio deve essere effettuata rilevando, almeno, i seguenti fattori:

- **Età** (se >40 anni il rischio è di 1/10.000; tra 60 e 69anni è 1/1000; >80 anni 1/100)
- **Obesità grave** (body mass index \geq 30)

- **Presenza di vene varicose**
- **Pregressa tromboembolia venosa**
- **Trombofilia congenita o acquisita**
- **Patologia neoplastica maligna**
- **Presenza di patologie** quali: infezioni gravi, insufficienza cardiaca, infarto del miocardio o ictus recenti, malattie infiammatorie croniche dell'intestino, sindrome nefrosica, policitemia, paraproteinemia, malattia di Bechet, emoglobinuria parossistica notturna, insufficienza respiratoria
- **Abitudine al fumo**
- **Assunzione di terapia ormonale estroprogestinica**
- **Gravidanza e puerperio**
- **Presenza di cateteri venosi centrali**
- **Necessità di praticare anestesia generale**
- **Paresi arti inferiori o patologie che impediscano la mobilità degli arti inferiori**

3.b.2 Classificazione del rischio

Rischio basso

Chirurgia minore in pazienti <40 anni senza fattori di rischio addizionali

Rischio moderato

Chirurgia minore in pazienti con fattori aggiuntivi di rischio

Chirurgia maggiore in pazienti fra 40 e 60 anni senza rischi addizionali

Rischio alto

Chirurgia in pazienti >60 anni o fra 40 e minori di 60 anni con fattori di rischio addizionale (malattia tromboembolica, neoplasia e ipercoagulabilità, precedenti.....)

Rischio altissimo

Chirurgia in pazienti con fattori di rischio multipli (età>40 anni, neoplasia, pregressa malattia tromboembolica, traumi maggiori, fratture vertebrali ecc.)

3.c. Adozione delle misure preventive

La profilassi individuale deve essere scelta tenendo conto dell'efficacia e dei rischi (in particolare di sanguinamento), delle preferenze dei pazienti, della loro compliance (autonomia motoria, livello di collaborazione, ecc), delle controindicazioni delle singole metodiche.

In tutti i casi:

- è necessario programmare la mobilitazione precoce dei pazienti anche attraverso esercizi per gli arti inferiori
- nei pazienti immobilizzati è necessario assicurare un'adeguata idratazione

Non si raccomanda di effettuare screening routinario per trombofilia prima della chirurgia maggiore in elezione.

3.c.1 Profilassi secondo i livelli di rischio: vedi allegati per singola specialità

4. Compiti e responsabilità

	CHI	COSA	COME
1	Medico del reparto che effettua la prima valutazione (apre la cartella clinica) o medico della preospedalizzazione	Effettua la rilevazione del rischio	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesi - Valutazione clinica del paziente - Valutazione della tipologia di intervento - Valutazione del rischio individuale (check list) all.A
2	Medico del reparto che effettua la prima valutazione (apre la cartella clinica) o	Assegna al paziente la classe di rischio	Valutazione comparata dell'insieme dei fattori rilevati al punto 1

	medico della preospedalizzazione		
3	Medico del reparto che effettua la prima valutazione (apre la cartella clinica) o medico della preospedalizzazione	Rileva e registra i farmaci assunti a domicilio	-Valutazione della terapia anticoagulante o antiaggregante - valutazione di tutti i farmaci assunti e delle possibili interazioni - valutazione di eventuali controindicazioni alla profilassi farmacologica
4	Chirurgo Operatore	Scelta delle misure preventive	Valutazione dell'efficacia delle misure, dei rischi e, se possibile, delle preferenze del paziente
5	Chirurgo Operatore	Informazione al paziente	Inf circa i rischi, le possibili soluzioni, Raccomandazione sui comportamenti da attuare
6	Chirurgo Operatore	Adozione delle misure preventive: piano di profilassi	Prescrizione su scheda integrata di terapia/cartella clinica e su check list
7	Caposala	Organizzazione degli interventi	- acquisizione presidi - acquisizione farmaci - definizione piano di assistenza scritto
8	Infermieri	Attuazione interventi	Secondo piano di assistenza
9	Caposala	Controllo della corretta attuazione	Verifica diretta
10	Infermieri	Verifica eventuali sanguinamenti	- controllo dei siti di sanguinamento - richiesta al paziente (se vigile e collaborativo) e/o ai parenti - controllo biancheria
11	Infermieri	Segnalazione immediata al medico di turno di eventuali sanguinamenti	- riportare evidenziato in cartella clinica - avvertire verbalmente il medico di turno
12	Medico di reparto	Verifica presenza di eventi indesiderati	Verifica controlli ematici, controllo paziente
13	Medico di reparto	Valutazione esiti	Eventuali modifiche delle misure adottate
14	Medico che effettua dimissione	Prescrizione eventuali farmaci e/o presidi e raccomandazioni comportamentali al paziente	- Spiegazione al paziente ed ai parenti delle prescrizioni e raccomandazioni consegnate per iscritto - Indicazioni scritte destinate al medico di base - appuntamento per eventuale controllo
15	Farmacista ospedale	Verifica congruità prescrizione	Controllo dei dosaggi e di eventuali interazioni tra farmaci prescritti
16	Farmacista ospedale	Consegna farmaci al paziente	Secondo le procedure previste
17	Responsabile UO	Verifica attuazione procedura	Controllo congruità processi/procedure
18	Referente aziendale/di presidio	Verifica dopo i primi tre mesi	Controllo Check di valutazione e monitoraggio, report finale Raccolta eventuali segnalazioni

5. Verifica attuazione procedura

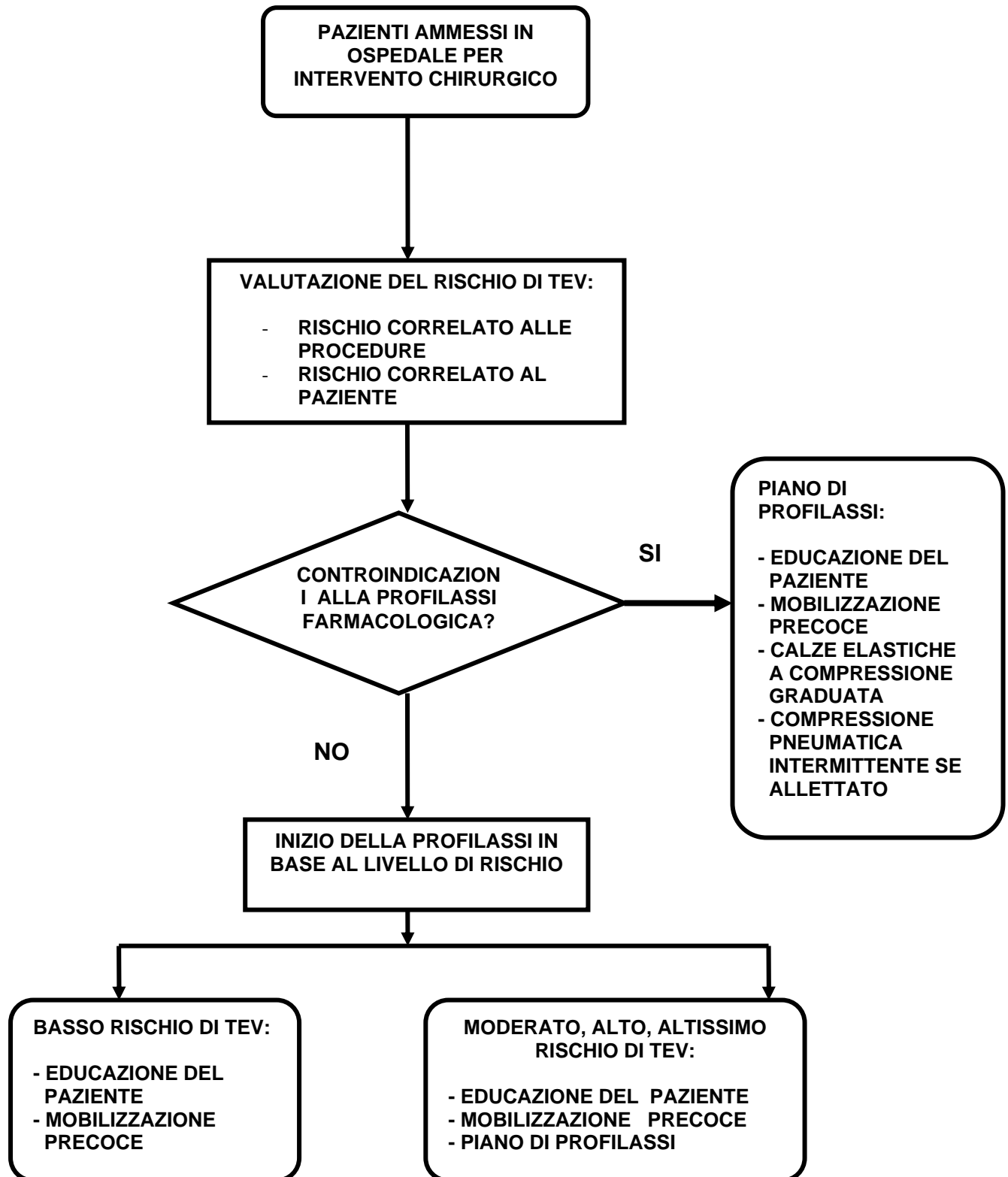
5.a Verifica di processo

Nella fase di prima applicazione (tre mesi dall'adozione) le check (all.A) dovranno essere consegnate mensilmente al referente aziendale che effettuerà, con il supporto dei referenti di struttura, la verifica della corrispondenza processi/procedura. Lo stesso provvederà a raccogliere eventuali segnalazioni scritte relative a criticità riscontrate nell'applicazione della procedura ed eventuali o a richieste di integrazioni o modifiche motivate.

5.b Verifica di esito

Il referente aziendale, con il supporto del gruppo dei referenti di struttura, raccoglierà e catalogherà gli eventuali eventi indesiderati verificatisi, anche attraverso l'analisi delle SDO, i dati in possesso del SIO Aziendale e quant'altro il gruppo riterrà opportuno utilizzare.

PROFILASSI DELLA TROMBOEMBOLIA VENOSA POST CHIRURGICA DIAGRAMMA DI FLUSSO



ALLEGATO A **Check List**

VALUTAZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO e MONITORAGGIO

N.B. L'uso della scheda non sostituisce la valutazione clinica e la lettura della Linea Guida

UO di..... Data..... N° SDO.....
Cognome..... Nome..... Data nascita..... **ETA'**.....

Ricovero per:

Trauma maggiore (ad es. fratture che causino immobilità ecc.) **si** **no**

Chirurgia maggiore (di durata superiore ai 30 minuti ecc.) **si** **no**

Acuzie (probabilità di rimanere immobilizzati a letto per 3 giorni o più ecc.) **si** **no**

Fattori di rischio aggiuntivi

- **Obesità grave** Body mass..... body mass index ≥ 30 **si** **no**

- **Presenza di vene varicose** **si** **no**

- **Pregressa tromboembolia venosa** **si** **no**

- **Trombofilia congenita o acquisita** **si** **no** **non sa**

- **Neoplasia attiva** **si** **no**

- **Presenza di** infezioni gravi, insufficienza cardiaca, infarto del miocardio recente, ictus recente, malattie infiammatorie croniche dell'intestino, sindrome nefrosica, policitemia, paraproteinemia, malattia di Bechet, emoglobinuria parossistica notturna, insufficienza respiratoria, abitudine al fumo, altro (specificare).....

- **Assunzione di terapia ormonale estroprogestinica** **si** **no**

- **Gravidanza e puerperio** **si** **no**

- **Presenza di cateteri venosi centrali** **si** **no**

- **Necessità di praticare anestesia generale** **si** **no**

PAZIENTE A RISCHIO: BASSO **MODERATO** **ALTO** **ALTISSIMO**

Terapia antiaggregante /anticoagulante assunta dal paz. prima del ricovero **si** **no**
Farmaci assunti e dosaggio.....

Nome e Cognome del medico..... Firma.....

PROFILASSI:

_ mobilizzazione **si** **no**

Se si, specificare.....

- calze elastiche a compressione graduata (CCG) **si** **no**

- compressione pneumatica intermittente (CPI) **si** **no**

- pompa venosa plantare (PVP) **si** **no**

- terapia farmacologica **si** **no**

se si, specificare farmaci e dosaggio.....

Eventuale sospensione della terapia assunta a domicilio **no** **si** dal.....

Nome e Cognome del Medico..... Firma..... Data.....

Modifiche

1).....
Data..... Firma medico.....

2).....
Data..... Firma medico.....

Si sono presentati effetti indesiderati? **si** **no**

Se si specificare.....

Terapia alla dimissione.....

Data..... Firma medico.....

ALLEGATO B

CHIRURGIA ORTOPEDICA: raccomandazioni

PAZIENTI SOTTOPOSTI A SOSTITUZIONE TOTALE DELL'ANCA IN ELEZIONE

Tromboprofilassi routinaria con:

– EBPM alle dosi usuali per alto rischio (3400 U) iniziate 12 ore prima dell'intervento o 12-24 ore dopo l'intervento.

In alcuni casi la somministrazione può avvenire 4-6 ore dopo l'intervento a metà della dose usuale per alto rischio ed il giorno seguente la dose può essere aumentata alla dose intera.

– Fondaparinux (2,5 mg iniziato 6-8 ore dopo l'intervento).

- Dosi aggiustate di AVK iniziate prima dell'intervento o la sera dell'intervento (INR target 2,5; INR range 2,0-3,0)

PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ARTROPROTESI DI GINOCCHIO IN ELEZIONE

tromboprofilassi routinaria con :

- EBPM alle usuali dosi per alto rischio, fondaparinux o dosi aggiustate di AVK (INR target 2,5; INR range 2,0-3,0). Non va incoraggiata la sostituzione di EBPM e AVK con fondaparinux o l'uso di EBPM piuttosto che AVK, dove si è già avviata una profilassi, poiché si attribuisce maggior valore al rischio emorragico evitabile piuttosto che alla rilevazione flebografica di TVP. L'aspirina, l'ENF, i mezzi meccanici (CCG, CPI o PVP) non devono essere utilizzati quale unico mezzo di profilassi. L'uso ottimale di CPI rappresenta una possibile alternativa alla profilassi anticoagulante non solo nel caso di alto rischio emorragico.

PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CHIRURGICO PER LA FRATTURA D'ANCA

Si raccomanda.

- uso routinario di fondaparinux , EBPM all'usuale dose per alto rischio, dosi aggiustate di AVK (INR target 2,5; INR range 2,0-3,0), o ENF.

- di non utilizzare la sola aspirina.

- di iniziare la profilassi con ENF o EBPM al momento del ricovero indipendentemente da eventuali ritardi dell'intervento chirurgico fatte salve le eventuali controindicazioni alla terapia.

- la profilassi meccanica nei casi in cui la profilassi con anticoagulanti sia controindicata a causa del rischio di sanguinamento

PAZIENTI CON LESIONI DEL MIDOLLO SPINALE

Si raccomanda.

- la tromboprofilassi per tutti i pazienti con lesioni acute del midollo spinale

- di non utilizzare ENF o CCG o CPI come unica modalità di profilassi

I pazienti con lesioni acute del midollo spinale devono essere sottoposti a tromboprofilassi con EBPM dopo verifica dell'avvenuta emostasi

È preferibile l'uso combinato di CPI associata con ENF o EBPM all'impiego di sola EBPM

Nei casi in cui la profilassi farmacologica immediata non sia indicata, si raccomanda l'uso della CPI e/o CCG

Non è raccomandato l'inserimento di filtri cavali come profilassi principale contro l'EP

Si raccomanda che la profilassi sia proseguita durante la fase di riabilitazione con EBPM o AVK (INR 2,0-3,0)

PAZIENTI CON TRAUMI DISTALI DEGLI ARTI INFERIORI

Si suggerisce che la tromboprofilassi routinaria non sia usata in pazienti con traumi isolati distali degli arti inferiori in assenza di lesioni tendinee o di altri fattori aggiuntivi di rischio.

ARTROSCOPIA DEL GINOCCHIO

Si raccomanda

- la mobilizzazione attiva e precoce senza farmacoprofilassi di routine

- nei pazienti con fattori di rischio aggiuntivi o con procedure prolungate si raccomanda profilassi con EBPM

ANESTESIA O ANALGESIA NEURASSIALE:

- Per tutti i pazienti sottoposti ad anestesia e/o analgesia neurassiale è necessario applicare speciale cautela nell'adottare la profilassi anticoagulante
- L'esecuzione di puntura spinale o peridurale deve essere eseguita dopo almeno 10-12 ore dall'ultima dose di EBPM
- Il catetere deve essere rimosso solo dopo che siano passate almeno 10-12 ore dall'ultima dose di EBPM e la dose successiva non deve essere somministrata prima che siano trascorse almeno 2 ore dalla rimozione del catetere

TEMPI DI INIZIO DELLA PROFILASSI

Nelle procedure chirurgiche maggiori la decisione relativa ai tempi di inizio della profilassi farmacologica si basa sul bilancio fra effetto antitrombotico del farmaco e rischio di indurre sanguinamento.

La sola EBPM presenta minime differenze fra somministrazione preoperatoria e post-operatoria ed entrambe le opzioni sono accettabili (In Italia si utilizza prevalentemente la somministrazione preoperatoria in accordo con le schede tecniche dei farmaci).

RACCOMANDAZIONI SULLA DURATA DELLA PROFILASSI

Si raccomanda che i pazienti sottoposti ad **artroprotesi totale dell'anca, artroprotesi totale del ginocchio o trattamento chirurgico della frattura d'anca** ricevano tromboprofilassi con EBPM (alle dosi per alto rischio), fondaparinux (2,5 mg/die) o AVK (INR target 2,5; INR range 2,0-3,0) per almeno **10 giorni**

Si raccomanda che i pazienti sottoposti ad **artroprotesi totale d'anca o ad intervento chirurgico per la frattura dell'anca** ricevano un'estensione della profilassi fino a **28-35 giorni** dopo l'intervento chirurgico.

Le opzioni di profilassi raccomandate per l'artroprotesi totale d'anca includono EBPM, AVK o fondaparinux.

Le opzioni consigliate in seguito a chirurgia per la frattura dell'anca sono fondaparinux, EBPM o AVK.

SCREENING PER LA TROMBOSI VENOSA PROFONDA PRIMA DELLA DIMISSIONE

Nei pazienti asintomatici, dopo interventi chirurgici maggiori, si raccomanda di non utilizzare in forma routinaria lo screening con ultrasonografia Doppler alla dimissione per decidere circa il proseguimento della profilassi. Il criterio clinico deve rappresentare l'elemento di orientamento

CHIRURGIA GENERALE: raccomandazioni

PAZIENTI A BASSO RISCHIO (di età <40 anni, esenti da fattori di rischio aggiuntivo individuale)

In occasione di procedure chirurgiche minori, si raccomanda la semplice mobilizzazione precoce

PAZIENTI A RISCHIO MODERATO

1) soggetti che devono essere sottoposti a chirurgia non maggiore, di età compresa tra 40 e 60 anni o con fattori di rischio addizionali; 2) soggetti che devono essere sottoposti a chirurgia maggiore, di età <40 anni, in assenza di fattori di rischio addizionali.)

Si raccomanda l'impiego di profilassi con ENF nella misura di 5000 U x 2/die,

oppure con EPBM a dosaggio compreso tra 2000 e 4000 U/die in monosomministrazione.

in alternativa si raccomanda profilassi meccanica nei casi in cui vi siano controindicazioni alla profilassi farmacologia.

PAZIENTI AD ALTO RISCHIO (1) soggetti che devono essere sottoposti a chirurgia anche non maggiore, di età >60 anni; 2) pazienti che devono essere sottoposti a chirurgia maggiore, di età >40 anni oppure pazienti portatori di fattori di rischio individuale addizionali, anche di età <40 anni.)

Si raccomanda profilassi con ENF 5000 U x 3/die o EPBM in dosi superiori a 3400 U/die

PAZIENTI AD ALTISSIMO RISCHIO (fattori multipli) si raccomanda che la profilassi farmacologica venga associata a CCG e/o a CPI

In caso di rischio emorragico si raccomanda l'impiego di misure profilattiche meccaniche sino alla riduzione o scomparsa del rischio emorragico e di iniziare appena possibile la profilassi farmacologia. In pazienti ad altissimo rischio, ad esempio in chirurgia oncologica, la profilassi farmacologica con EBPM deve essere proseguita dopo la dimissione.

RACCOMANDAZIONI IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA

L'impiego routinario della profilassi antitrombotica farmacologica nei pazienti sottoposti a chirurgia laparoscopica, non è indicato.

Si raccomanda la precoce mobilizzazione post-operatoria dei pazienti.

I pazienti sottoposti a procedure di chirurgia laparoscopica che hanno fattori di rischio aggiuntivi per TEV devono essere sottoposti a profilassi con uno o più dei seguenti presidi terapeutici: EBPM, ENF, CPI o CCG.

ANESTESIA O ANALGESIA NEURASSIALE:

- Per tutti i pazienti sottoposti ad anestesia e/o analgesia neurassiale è necessario applicare speciale cautela nell'adottare la profilassi anticoagulante

- L'esecuzione di puntura spinale o peridurale deve essere eseguita dopo almeno 10-12 ore dall'ultima dose di EBPM

- Il catetere deve essere rimosso solo dopo che siano passate almeno 10-12 ore dall'ultima dose di EBPM e la dose successiva non deve essere somministrata prima che siano trascorse almeno 2 ore dalla rimozione del catetere

CHIRURGIA VASCOLARE: raccomandazioni

CHIRURGIA VASCOLARE MAGGIORE CHE RIGUARDA L'AORTA:

La possibilità di ricorrere ad una chirurgia endovascolare riduce sensibilmente il rischio di TEV per due ordini di fattori: la minore invasività della procedura e la terapia anticoagulante ed antiaggregante connessa con la procedura stessa e protratta per lungo tempo nel post-operatorio

CHIRURGIA VASCOLARE MINORE CHE RIGUARDA LE ARTERIE PERIFERICHE:

il rischio successivo all'intervento è estremamente basso, è prevalentemente intraoperatorio ed è trattato con l'eparinizzazione prevista dalla procedura chirurgica.

Il basso rischio trombotico dell'intervento minore si risolve, come previsto dalle procedure chirurgiche, con l'eparinizzazione sistemica del paziente (con ENF endovena a dosaggio stabilito dai protocolli chirurgici)

la profilassi post-operatoria si rende necessaria in caso di presenza di fattori aggiuntivi di rischio

CHIRURGIA VENOSA

In questo contesto la chirurgia venosa viene limitata al trattamento delle varici Il trattamento routinariamente effettuato nel post-operatorio (bendaggio e/o CCG) previene le complicanze tromboemboliche.

La profilassi si pone soltanto per quei pazienti con fattori di rischio aggiuntivi

Si raccomanda:

- I pazienti da sottoporre a chirurgia vascolare minore e senza fattori di rischio aggiuntivi NON devono sottoporsi di routine a tromboprofilassi farmacologica
- Il trattamento eparinico nei pazienti sottoposti ad interventi per vene varicose è consigliabile solo in presenza di fattori di rischio addizionali
- I pazienti da sottoporre a chirurgia vascolare maggiore con fattori di rischio aggiuntivi devono essere sottoposti a profilassi eparinica

CHIRURGIA UROLOGICA: raccomandazioni

I pazienti sottoposti a procedura transuretrale o ad altre procedure chirurgiche a basso rischio devono essere precocemente mobilizzati senza ulteriori interventi di tromboprofilassi

Si raccomanda:

- che i pazienti sottoposti a chirurgia maggiore aperta ricevano profilassi routinaria con ENF calcica 2 o 3 volte al giorno
- alternative accettabili sono costituite da CPI e/o CCG o EBPM

Per i pazienti urologici con sanguinamento attivo o a rischio di sanguinamento si raccomanda l'uso di mezzi meccanici come CCG e/o CPI, almeno fino a che il rischio emorragico non sia superato

Per i pazienti con fattori di rischio multiplo si raccomanda di combinare le CCG e/o la CPI con ENF o a EBPM

CHIRURGIA GINECOLOGICA: raccomandazioni

Per pazienti sottoposte a chirurgia ginecologica con **interventi brevi** (30 minuti) e per **malattie non oncologiche** si raccomanda:

- di adottare come profilassi la sola mobilitazione precoce
- i mezzi di profilassi generica (idratazione, evitare cingoli meccanici ecc.) devono essere adottati sistematicamente

Per le pazienti sottoposte a chirurgia ginecologica **laparoscopica** che abbiano fattori di rischio per TEV si raccomanda

- l'uso di tromboprolifassi con uno o più dei seguenti farmaci o mezzi: ENF, EBPM, CPI o CCG

Tutte le pazienti sottoposte a **chirurgia ginecologica maggiore** devono ricevere tromboprolifassi, si raccomanda

- la profilassi con ENF 5000 U x 2/die per le pazienti sottoposte ad interventi di chirurgia ginecologica maggiore per malattia non oncologica e senza fattori di rischio aggiuntivi

In alternativa

- si può adottare la profilassi con una somministrazione di EBPM < 3400 U/die in monosomministrazione o CPI iniziata immediatamente prima dell'intervento e continuata finché la paziente non sia in grado di camminare

In alternativa alla CPI, si raccomanda la CCG

Per le pazienti sottoposte ad **interventi chirurgici maggiori con patologia oncologica** e con fattori di rischio addizionali per TVP si raccomanda

- la profilassi routinaria con ENF 5000 U x 3/die o dosi superiori di EBPM (cioè >3400 U/die)

In alternativa

si può considerare l'uso di sola CPI, protratta sino alla dimissione oppure una combinazione di ENF o EBPM più profilassi meccanica

Per le pazienti sottoposte a **procedure ginecologiche maggiori** si suggerisce che la profilassi sia continuata fino alla dimissione

Per le pazienti **a rischio particolarmente elevato**, ad esempio sottoposte ad intervento di chirurgia oncologica ed età superiore ai 60 anni con pregressa TEV, si suggerisce di proseguire la profilassi per 2-4 settimane dopo la dimissione (ACCP 2C).

Tutti i pazienti oncologici dovrebbero proseguire la profilassi per 2-4 settimane dopo la dimissione